



**Community Health Plan**  
LOS ANGELES COUNTY

Tên Văn phòng Y tế Chính: \_\_\_\_\_

Số Thành viên: \_\_\_\_\_

Mã số Hồ sơ Khiếu nại: \_\_\_\_\_

## ĐƠN KHIẾU NẠI

### THÔNG TIN VỀ THÀNH VIÊN

|   |             |               |       |      |                                    |   |       |      |                      |
|---|-------------|---------------|-------|------|------------------------------------|---|-------|------|----------------------|
| Họ và Tên Thành viên (Họ)                                       | (Tên)       | Ngày<br>Sinh: | Tháng | Ngày | Năm                                | Ngày gia nhập   | Tháng | Ngày | Năm<br>Chương trình: |
| Địa chỉ (Số nhà và Tên đường)                                   | (Thành phố) | (Tiểu bang)   |       |      | (Số ZIP)                           |   |       |      |                      |
| Điện thoại (Nhà)  | (Văn phòng) |               |       |      |                                    | Số người trong gia đình tham gia chương<br>trình bảo hiểm, kể cả người đứng đơn<br>khiếu nại: |       |      |                      |
| Tên người điền đơn khiếu nại (nếu không là thành viên nêu trên) |             |               |       |      | (Số điện thoại trong giờ làm việc) |   |       |      |                      |

|  |                         |       |      |     |
|--|-------------------------|-------|------|-----|
| Sự việc xảy ra tại đâu? (Tên nhà thuốc, bệnh viện hoặc văn phòng y tế) | Ngày xảy<br>ra sự việc: | Tháng | Ngày | Năm |
|--|-------------------------|-------|------|-----|

Ngoài quý vị, có những ai liên quan đến sự việc này? (Vui lòng ghi tên nhân viên y tế, nếu biết.)

Vui lòng trình bày rõ ràng và đầy đủ chi tiết về sự việc xảy ra: (Ghi rõ mọi chi tiết theo thứ tự và cho biết sự việc xảy ra đã gây ảnh hưởng đến quý vị như thế nào.)

### Xin điền vào tờ đính kèm

"Sở Phụ trách các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe có Quản lý (Department of Managed Health Care, gọi tắt là Sở DMHC) của tiểu bang California có trọng trách đặt quy chế và kiểm soát các chương trình bảo hiểm y tế. Nếu quý vị cần khiếu nại với Chương trình Community Health Plan, trước hết quý vị nên liên lạc với Chương trình Community Health Plan tại số **1-800-475-5550** (hoặc sử dụng phương tiện TDD/TTY dành riêng cho người khiếm thính qua số **1-800-353-7988**) và lập thủ tục khiếu nại với Chương trình Community Health Plan trước khi quý vị liên lạc đến Sở DMHC. Tiến hành thủ tục khiếu nại này sẽ không làm quý vị bị thiệt thòi về bất cứ quyền lợi luật pháp nào hay làm quý vị mất đi những quyết định hay giải pháp về quyền lợi y tế dành cho quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để khiếu nại về một trường hợp khẩn cấp, cần được giúp đỡ để giải quyết khiếu nại của quý vị mà đã không được Chương trình Community Health Plan giải quyết thỏa đáng, hoặc quý vị cần được giúp đỡ vì khiếu nại của quý vị đã quá 30 ngày mà vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể liên lạc đến Sở DMHC để được giúp đỡ. Ngoài ra, quý vị có thể hội đủ điều kiện để lập thủ tục Tái xét Y khoa Độc lập (Independent Medical Review, gọi tắt là IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện để được tái xét qua thủ tục IMR, thủ tục IMR này sẽ tái xét một cách khách quan những quyết định của chương trình bảo hiểm có liên quan đến nhu cầu y tế cần thiết của những dịch vụ y tế hay những phương pháp trị liệu đã được đề ra, những quyết định về bồi hoàn phí tổn cho những cuộc chữa trị có tính cách thí nghiệm hay những cuộc chữa trị còn trong tình trạng nghiên cứu và điều tra, và những quyết định về các tranh chấp về bồi hoàn phí tổn cho các trường hợp chăm sóc y tế cấp cứu hay khẩn cấp. Ngoài ra, Sở DMHC có số điện thoại miễn phí (**1-888-HMO-2219**) và số TDD (**1-877-688-9891**) dành cho những người có khuyết tật về thính giác hay ngôn ngữ. Tại địa chỉ trên mạng <http://www.hmohelp.ca.gov> của Sở DMHC, quý vị có thể lấy về mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn lập thủ tục tái xét IMR và bản chỉ dẫn điền đơn."

### GIẢI PHÁP ĐỀ NGHỊ

Khiếu nại được giải quyết trong vòng 24 giờ? Có  Không

Quý vị muốn việc này được giải quyết như thế nào?

### Xin điền vào tờ đính kèm

|                           |   |  |  |
|---------------------------|---|--|--|
| Người nhận đơn khiếu nại: | Dịch thán <input type="checkbox"/>      |  |  |
|                           | Qua điện thoại <input type="checkbox"/> | Chữ ký Thành viên (nếu cần)                | Ngày   |
| Ngày nhận: _____          | Giờ nhận: _____                         | Qua bưu điện <input type="checkbox"/>      | TÔI ĐƯỢC CHO BIẾT CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SẼ LIÊN LẠC VỚI TÔI TRONG VÒNG BA MƯỜI (30) NGÀY ĐỂ THÔNG BÁO VỀ CUỘC ĐIỀU TRA VÀ/HOẶC VỀ QUYẾT ĐỊNH CỦA CHƯƠNG TRÌNH ĐỐI VỚI KHIẾU NẠI CỦA TÔI. |
|                           |   | Qua mạng Internet <input type="checkbox"/> |  |



**Community Health Plan**  
LOS ANGELES COUNTY

Tên Thành viên: \_\_\_\_\_

Tên Văn phòng Y tế Chính: \_\_\_\_\_

Số Thành viên: \_\_\_\_\_

**TRÌNH BÀY SỰ VIỆC XÂY RA:**

**GIẢI PHÁP ĐỀ NGHI:**

**(OFFICIAL USE ONLY)**

**OUTCOME/RESOLUTION:**

*(Complete only if an Expedited Appeal)*

Member was acknowledged verbally and notified of the 72 hours appeal process: Yes  No

**Grievance Received by:**

**Date Received:**